

A biópsia na prática odontológica: Revisão de Literatura

Marco Túlio Brazao-Silva¹; Bianca de Oliveira Carvalho²; Rodrigo Alves Pinto²

¹ Professor Faculdade de Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros

³ Aluno do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia - Universidade Estadual de Montes Claros

Autor Correspondente

Marco Túlio Brazao-Silva
Avenida Dr. Ruy Braga, S/N - Vila Mauriceia,
39401-089 - Montes Claros - MG
marcotullio@gmail.com

Recebido em 25 de junho (2018) | Aceito em 20 de setembro (2018)

RESUMO

O presente trabalho objetiva realizar uma revisão narrativa de literatura sobre o grau de familiaridade e a conduta do Cirurgião-Dentista (CD) frente à possibilidade de execução da biópsia em sua prática clínica. Os textos utilizados nesta revisão foram encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde, que engloba as bases de dados LILACS, MEDLINE, PubMed e Portal das Evidências. Foram selecionados os trabalhos que abordavam em seu conteúdo: (1) a familiaridade do CD com relação a biópsia; e (2) a conduta e prática dos CDs diante da necessidade de biopsiar. Os principais resultados apontaram a biópsia como necessária para obtenção do diagnóstico conclusivo de numerosas lesões presentes na boca, porém também evidenciaram que a biópsia é pouco realizada pelos CDs. A maioria dos CDs encaminha seus pacientes para centros de especialidades em diagnóstico. Dentre as justificativas para essas condutas estão falta de habilidades práticas e conhecimento insuficiente. Conclui-se que é preciso de familiarizar o CD com a realização de biópsias, já que a prática de biópsias pode contribuir para o pleno exercício do CD enquanto profissional de saúde. Caso a realização de biópsias seja parte do cotidiano dos CDs, acredita-se que melhores índices de diagnósticos precoces serão atingidos, o que pode culminar melhores possibilidades terapêuticas.

Palavras-chave: Biópsia; Cirurgião-dentista; Clínica odontológica..

ABSTRACT

The present work aims to perform a narrative review of the literature on the degree of familiarity and the conduct of the Dentist in relation to the possibility of performing the biopsy in its clinical practice. The texts used in this review were found in the Virtual Health Library, which includes the LILACS, MEDLINE, PubMed and Portal of Evidence databases. The following papers were selected: (1) the familiarity of CD with biopsy; and (2) the conduct and practice of CDs in view of the need to biopsy. The main results indicated the biopsy as necessary to obtain the conclusive diagnosis of numerous lesions present in the mouth, but also showed that the biopsy is not performed by the CDs. Most CDs refer their patients to specialized diagnostic centers. Among the justifications for these behaviors are lack of practical skills and insufficient knowledge. It is concluded that it is necessary to familiarize the CD with biopsies, since the practice of biopsies can contribute to the full exercise of the CD as a health professional. If biopsies are part of the routine of the CDs, it is believed that better indexes of early diagnosis will be achieved, which may lead to better therapeutic possibilities.

Key-words: Biopsy. Dental Surgeon. Dentistry Clinic.

1. INTRODUÇÃO

O cirurgião-dentista (CD) tem papel primordial no diagnóstico de alterações patológicas que envolvem a boca. Nessa prática, a realização de um excelente exame clínico é obrigatória, sendo que muitas vezes o CD necessitará de alguns exames complementares para auxiliar seu raciocínio diagnóstico, tais como os exames radiológicos,

hematológicos e o anatomopatológico (histopatológico), que por sua vez exige a realização de biópsia, tema desta revisão.

A biópsia consiste basicamente na coleta de tecidos alterados de um organismo vivo com a finalidade de diagnóstico, que é realizado por intermédio de uma análise anatomopatológica. Essa análise anatomopatológica é considerada o principal recurso laboratorial especializado para o diagnóstico de algumas lesões, apontando as características microscópicas do tecido alterado e representando muitas vezes a única forma de se estabelecer um diagnóstico conclusivo, de forma que sua negligência poderia representar um obstáculo para o diagnóstico precoce de doenças deteriorantes, como o câncer bucal, com consequente impacto na sobrevida do paciente¹. Infelizmente, as casuísticas corroboram com a ideia de que há um atraso no diagnóstico do câncer e apontam que quase metade dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença (estágio III e IV do índice TNM²), o que traz à tona os piores índices de sobrevida relacionados ao câncer bucal (20% a 50% das pessoas com esses estágios de câncer morrem em 5 anos). Falhas relacionadas a um exame clínico insatisfatório, à baixa suspeita de lesões pelo profissional em sua rotina, à falta de experiência com o diagnóstico e ainda à possibilidade da lesão manifestar-se com aspectos inespecíficos, por exemplo imitando uma doença inflamatória, são impactantes quando o assunto é atraso no diagnóstico^[1-3]. Nesse sentido, rever a prática da biópsia dentro da comunidade odontológica também pode trazer à tona um tópico que merece reflexão e intervenção.

Esta revisão de literatura tem como propósito caracterizar e discutir a prática, conhecimentos e percepção sobre biópsia na prática odontológica.

- **Estratégia de busca dos textos**

Os textos utilizados foram resultado de buscas na web por meio da ferramenta Biblioteca Virtual de Saúde, que engloba as bases de dados LILACS, MEDLINE, PubMed e Portal das Evidências. Os descritores: “biópsia”; “cirurgião-dentista”; e “clínica odontológica” foram utilizados, bem como descritores similares em inglês (biopsy, dentist, dental clinics). Os textos científicos selecionados para esta discussão foram aqueles

que abordavam em seu conteúdo: (1) a familiaridade do CD com relação a biópsia; (2) a conduta e prática diante da necessidade de biopsiar. Oportunamente, conceitos de biópsia dos textos científicos foram revistos para contextualização.

- **Conceituando a biópsia**

É uma responsabilidade do CD o reconhecimento de lesões, o relato de sua presença ao paciente e a condução de tratamento ou encaminhamento para profissional habilitado. Após exame clínico cuidadoso, pode surgir a necessidade complementar de avaliação anatomopatológica de uma lesão para que o diagnóstico conclusivo seja dado. A palavra biópsia tem origem grega e significa “visão de vida” (bios = vida; ophis = visão). A biópsia representa um ato cirúrgico onde se coleta um tecido alterado para que o mesmo seja então encaminhado para análise anatomopatológica. Neste sentido, erra-se ao dizer “vou remover um fragmento e encaminhar para biópsia”, pois a biópsia já é o próprio ato de remover tal fragmento para então ser encaminhado para análise anatomopatológica. Na verdade, como recomenda a AAPOM, todo tecido anormal retirado da cavidade bucal deve ser encaminhado para avaliação, preferencialmente por um patologista bucal^[1].

A técnica cirúrgica, os instrumentais necessários e a complexidade cirúrgica para remoção do fragmento de tecido durante a biópsia podem ser amplamente variáveis. Primeiramente, é necessário decidir entre a biópsia incisional ou excisional. No tipo incisional remove-se cirurgicamente apenas uma parte da lesão, ou seja, um fragmento menor (no mínimo 5 mm em diâmetro e profundidade) sem remover a lesão completamente, enquanto que no tipo excisional remove-se a alteração patológica como um todo para envio à análise anatomopatológica. A biópsia excisional é indicada para lesões pequenas, com diâmetro menor do que 1 cm. Outros exemplos em que a biópsia excisional é utilizada são em lesões bem delimitadas e/ou lesões em que se observa uma inserção pediculada, como em casos de fibromas traumáticos, papilomas, hiperplasias relacionadas a prótese, granulomas piogênicos, etc. A maioria das biópsias realizada pelos CDs clínicos gerais é do tipo excisional. Por outro lado, a biópsia incisional é usada em situações nas quais não é possível remover toda a lesão, o que geralmente ocorre em lesões maiores do que 1 cm ou que estejam em localização anatômica desfavorável^[4,5].

O instrumental e o material utilizados para a realização de biópsias devem ser apropriados segundo o tipo de biópsia e o local a ser biopsiado. Para biópsias em mucosa bucal, utilizam-se basicamente seringa Carpule, agulha odontológica, tubetes de solução anestésica, lâminas de bisturi, tesoura Metzenbaum, pinça de tecido de Adson (“dente-de-rato”), pinça universitária, pinça hemostática curva, pinça de campo, afastador de Minnesota ou de Austin, pinça porta-agulha, fio de sutura, ponta de aspiração e um pacote de gaze, além de um frasco contendo formol a 10% (que significa formalina a 4%). A biópsia bucal intraóssea demanda de habilidades cirúrgicas com relação à necessidade de se fazer um retalho e às vezes acesso intraósseo, assim exigindo instrumentais complementares, como seringa e agulha de calibre grosso (e. g. 18 Gauge) para punção diagnóstica prévia, descolador de periósteo nº 9, broca esférica número 6, soro fisiológico 0,9% para irrigação, cureta de Lucas, dentre outros[5,6].

Cuidados com o fragmento coletado são necessários e podem ser decisivos na viabilidade de seu uso para o estudo anatomopatológico. É necessário manejar adequadamente a amostra de tecido, evitando compressões excessivas com as pinças ou fórceps, bem como evitar a apreensão do fragmento com o sugador, trações exageradas a partir de “pega” com o fio de sutura, injeção de anestésico no interior da lesão, uso desordenado de eletrocautério, volume inadequado de fixador etc. Na sequência, deve-se registrar todas as características da lesão (aparência clínica, presença de outras lesões e a hipótese de diagnóstico clínico) e transportar apropriadamente a amostra para o laboratório. É importante endereçar ao patologista informações que incluem o tipo de biópsia realizado, o resultado de outros exames complementares (p.ex. radiografias) e a história completa do paciente (nome, idade, sexo e histórico médico, incluindo os medicamentos usados e se há consumo de álcool e cigarro). Rotineiramente, os espécimes obtidos através da biópsia são encaminhados para avaliação laboratorial imersos em formol 10%8. Neste sentido, é prudente que todo CD tenha em seu consultório pelo menos um frasco contendo este agente fixador, pois a necessidade de biópsia pode surgir em qualquer atendimento[4-6].

Lesões onde se observa a presença de irritantes locais, ou com histórico de origem traumática ou inflamatória, não necessitam, a priori, de biópsia, tais como pericoronarite, gengivite, abscessos, a menos que a lesão persista após remoção do possível agente causal ou instituição terapêutica adequada. Variações anatômicas da boca, como pigmentações fisiológicas da gengiva, eritema

migratório, linha alba de oclusão, exostoses e língua fissurada, quase sempre também não requerem biópsia, pois o diagnóstico clínico é perfeitamente possível e são condições que não necessitam de tratamento. Biópsias também não devem ser realizadas em pacientes com desordens sistêmicas severas e em circunstâncias nas quais o procedimento poderia causar complicações, exceto em ambiente hospitalar apropriado[4,5, 7].

Aqui são mencionadas algumas das situações onde a biópsia bucal é indicada e necessária:

- Qualquer lesão inflamatória que não responde ao tratamento após 2 semanas,
- Todas as lesões de mucosa que apresentam mudanças persistentes e significantes de coloração (lesões brancas, vermelhas ou pigmentadas) ou mudanças de aparência, como ulcerações, proliferações e situações em que há presença de massas espessas e profundas à palpação;
- Lesões potencialmente malignas de mucosa diagnosticadas e que durante o acompanhamento mostram piora, como líquen plano e leucoplasia
- Processos infecciosos a fim de se estabelecer o agente etiológico;
- Lesões que interferem na função normal, como hiperplasias e exostoses;
- Identificação de algumas situações sistêmicas como lúpus, amiloidose, escleroderma e síndrome de Sjögren.
- Qualquer lesão da boca presente por mais de dez dias, cuja história clínica e aspecto não permitam o diagnóstico conclusivo, deve ser imediatamente biopsiada[5,7,10].

• **A prática da biópsia entre os cirurgiões-dentistas**

Há uma expectativa de que o número de lesões bucais cresça entre os brasileiros, levando em consideração a observância do fenômeno de envelhecimento populacional no Brasil. Isso incita a necessidade de se

difundir a biópsia como parte da rotina do consultório odontológico de todos os profissionais. É necessário entender que a biópsia não é limitada ao diagnóstico de tumores, mas também é útil para descobrir a natureza e origem de diversas lesões, até mesmo de condições sistêmicas. Muitos pacientes podem temer a menção da necessidade de biópsia, associando-a com a possibilidade de câncer. Para isso, o profissional deve esclarecer e tranquilizar o paciente, às vezes dando preferência ao termo “coleta” ao invés de biópsia em seu jargão clínico. Diante da importância da biópsia, buscou-se na literatura mundial quais as condutas e impressões dos CDs acerca da necessidade de realização desse procedimento em seu dia a dia.

Os dados observados nesses trabalhos são alarmantes, mostrando que menos da metade dos profissionais de todos os estudos analisados estão capacitados à realização de biópsia em suas práticas. Nos estudos nacionais, os dados apontam que mais de 60% dos CDs não fazem biópsia, e em um deles, este percentual passou de 90% [10,11,17]. Os melhores percentuais, ainda que muito precários, foram encontrados em estudos de regiões da Espanha e da Índia[9,16].

A Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial tem se posicionado acerca da biópsia no âmbito odontológico, apoiando a ideia de que a realização mais frequente do procedimento melhoraria o diagnóstico de lesões bucais e contribuiria substancialmente para a prática da Odontologia baseada em evidências¹. A maioria dos autores mostrou que os CDs concordam que a biópsia deve fazer parte de sua rotina. Todavia, também foi observado que a maioria desses profissionais não realizam a biópsia por não se sentirem competentes. Alguns especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial desencorajam o clínico geral de realizar biópsias, apontando que os mesmos não estão preparados, que podem modificar a aparência da lesão e fazer uma biópsia insatisfatória para diagnóstico⁸. Infelizmente, a partir de uma rápida visualização da tabela elaborada nesta revisão, acredita-se que o posicionamento dos cirurgiões pode ser coerente com a realidade, já que se observa uma repetitividade de achados em que os CDs clínicos gerais não fazem biópsia por não se sentirem capazes, por não terem treinamento, ou por receio de não conseguirem interpretar os resultados[9,11,13,14,16,18,19].

Em um dos estudos revisados, 85% dos CDs admitiram dificuldade no diagnóstico de lesões de mucosa oral, sendo que 62% disseram não estar atualizados no diagnóstico¹². Murgod e colaboradores¹⁴ mostraram que 95,5% dos CDs sentem a necessidade de atualizar

conhecimentos sobre lesões bucais e biópsia. Há ainda que se observar que apenas o conhecimento teórico da técnica não é suficiente para que o profissional se sinta seguro para a realização de biópsias. Como dito no trabalho de Anandani e colaboradores (2015)[19], há grande compreensão na comunidade odontológica acerca da importância da biópsia como procedimento de diagnóstico, entretanto o conhecimento sobre quais lesões são indicativas de biópsia é precário e desencoraja o profissional, tanto que apenas 8% conhecem as indicações e 23% pensam que a biópsia apenas é necessária para lesões malignas. Baitaneh, Hammad e Darweesh (2015)[18] mostraram que mais de 50% dos profissionais nunca leram um material científico relacionado a biópsia após sua graduação. Por outro lado, também mostraram que 92,2% deles gostariam de aumentar seus conhecimentos teóricos e práticos sobre biópsias¹⁸. Há indícios nos resultados de alguns autores de que a inclusão de biópsia na prática do CD é maior entre os profissionais com maior tempo de formação[9]. Dessa forma, pode ser que a maturidade profissional e a experiência clínica motivem esses profissionais a aprender mais sobre a biópsia, reconhecendo que há necessidade de maior difusão de cursos e eventos estimulando o estudo de lesões bucais e biópsia.

A maior parte dos CDs que se depara com indivíduos que apresentam alterações patológicas intrabucais fazem encaminhamentos para serviços especializados em diagnóstico. Em um estudo, o estomatologista foi o profissional que mais realizou biópsias (39,9%), seguido de cirurgiões buco-maxilo-faciais (29%), endodontistas (12,3%), e por fim o clínico geral (10,9%). Nesse estudo, foi surpreendente o fato de que o periodontista, um profissional especializado em cirurgias, foi responsável por apenas 7% dos casos de realização de biópsias¹³. Isso se torna mais preocupante ao passo que, segundo um estudo de Brazão-Silva e colaboradores (2014)²², 24,1% das biópsias representam lesões reacionais hiperplásicas que acometem majoritariamente regiões do periodonto. Os profissionais para os quais mais houve encaminhamentos pelos CDs questionados por Santos e Pereira (2009)¹⁰ foram, em ordem crescente: otorrinolaringologista (3%), periodontista (14%), Universidade (22%), Patologista Bucal (24%) e Estomatologista/Bucomaxilo (36%). Isso mostra incoerência de muitos profissionais até mesmo em reconhecer para qual especialista encaminhar, indicando falta de interdisciplinaridade. A literatura também mostrou que o percentual de dentistas que fazem biópsia às vezes é maior entre profissionais que trabalham em Universidades e Policlínicas[12]. Supõe-se que uma equipe de saúde reunida acaba tendo maior engajamento

em conhecimentos sobre técnicas de diagnóstico. Apesar disso, esse resultado não se repete no estudo de Baitaneh, Hammad e Darweesh (2015)[18]. Todavia, compartilhamos a ideia de que o diagnóstico de lesões bucais, bem como a realização de exames complementares, a exemplo da biópsia, deveria estar dentro das habilidades de todo CD.

Afim de aumentar o número de CDs competentes e confiantes para realizar biópsias, quando necessárias, uma solução plausível seria o treinamento teórico e prático. Nesta linha de raciocínio Seoane e colaboradores (2013)[15] observaram que 84,2% dos CDs que compunham a amostra do seu estudo se sentiram confiantes para realizar biópsias em pacientes após receberem um treinamento teórico-prático no estilo workshop. O treinamento foi realizado através do fornecimento de conhecimentos teóricos sobre biópsia e da execução de biópsias em línguas de porco, que continham simulações de lesões pré-cancerígenas e cancerígenas, tendo duração de 2,5 horas[15]. A figura a seguir demonstra uma replicação deste modelo feita pelos autores desta revisão durante uma aula prática de biópsia com estudantes de especialização em implantodontia, onde houve trocas de saberes e boa aceitação dos profissionais diante da confiança em se executar o procedimento na clínica caso seja necessário (Figura 1). Além da deficiência teórica sobre lesões que requeiram biópsia e sobre as técnicas de biópsia, encontrou-se a falta de instrumental como queixa de CDs que não fazem biópsia[14,19]. Esse aspecto, certamente não deveria ser obstáculo devido ao baixo custo dos materiais necessários, que são inespecíficos e já fazem parte do rol de instrumentais para diversos procedimentos que certamente todo CD clínico geral realiza.

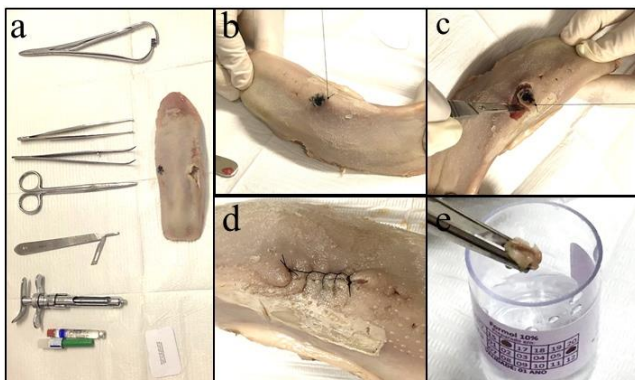


Figura 1. Registros de aula prática de biópsia em tecido mole. (a) bandeja com instrumentais mínimos para manipulação cirúrgica e coleta do fragmento. (b) apreensão da margem de secção com fio de sutura para apoio. (c) Incisões em ângulo de 45° removendo todo o tecido alterado (biópsia excisional). (d) Sutura do leito cirúrgico, tipo contínua festonada. (e) acondicionamento do fragmento em frasco contendo formol a 10% para envio ao laboratório.

Os Laboratórios de Patologia Bucal também receberam parcela de motivos da não realização de biópsia. Salienta-se como esses laboratórios são escassos e muitas vezes restritos às Universidades. É possível supor que a falta desses laboratórios possa de certa forma relacionar-se à “falta de demanda” comercial para estimular formação de novos recursos humanos dispostos a investir em laboratórios privados. Na prática médica, é um absurdo descartar tecido doente excisado sem análise por patologista. Lamentavelmente essa conduta não é seguida à risca na prática odontológica, gerando a o que se chamou aqui de “falta de demanda”. Lópes-Journet e colaboradores [9] observaram que 25% dos CDs não encaminhavam o tecido removido para a análise anatomopatológica, e do restante, 21% disse que encaminha somente “às vezes”. Esse evento se reproduz entre CDs especialistas. É notório até mesmo em literatura científica de determinadas especialidades como não se preocupam com o resultado histopatológico das lesões removidas, por exemplo, de dentes condenados para substituição por implantes dentários, vulgarmente chamados de “alvéolos infectados” nos artigos, sem a mínima preocupação do diagnóstico histopatológico específico [20,21]. Afinal, será que toda alteração periapical é resultante de infecção? Acredita-se que o não encaminhamento de tecidos excisados de lesões bucais, e a pouca preocupação com o resultado da avaliação anatomopatológica, são resultados de falta de conhecimentos e reciclagem em diagnóstico bucal.

Os dados levantados nesta revisão indicam claramente a necessidade de investir em melhorias na formação do CD em prática de diagnóstico de doenças e biópsia. Caso essas melhorias não sejam atingidas, um dos possíveis impactos, por exemplo, seria a redução insuficiente da mortalidade do câncer de boca, que ainda é subdiagnosticado e majoritariamente diagnosticado nos estágios avançados, com prognóstico sombrio³. Os profissionais sugeriram soluções para aumentarem sua prática de biópsia, como: treinamento de técnicas de biópsia, melhor suporte de laboratórios de patologia fornecendo frascos com formol, um serviço de recolhimento das biópsias como “courier” e um guia colorido de lesões que devem ser biopsiadas⁸. Nós, a partir da revisão, complementamos o rol de sugestões com o pensamento de que as Universidades precisam criar formas de tornar mais acessível esta prática na formação dos CDs. Pensamos que os Conselhos de Odontologia precisam recomendar que não se descarte lesões, criando a cultura rotineira de encaminhamento de lesões para laboratórios de Patologia Bucal, aumentando esse contato interdisciplinar e consequentemente a habilidade de reconhecer doenças. A pouca realização de biópsias pode

supostamente ter influências no fato de que casos de câncer bucal são majoritariamente diagnosticados em estágios avançados.

3. Conclusões

O presente trabalho levanta dados literários de pesquisas empíricas que são concordantes, mostrando a prática de biópsia dentre os Cirurgiões-Dentistas. Mostramos que menos da metade possui esta habilidade, que muitos sentem-se desatualizados e despreparados, que os profissionais não encaminham os tecidos doentes removidos para análise histopatológica, que não sabem direto pra quem encaminhar os casos que surgem de pacientes com necessidade de biópsia. Tais condições podem impactar em perda de oportunidades de diagnósticos precoces e tratamentos mais efetivos. Além disso, a maior realização de biópsias, quando necessárias, poderia contribuir para a prática da Odontologia baseada em evidências. Há muitos profissionais que nunca se atualizaram em diagnóstico de lesões bucais e outros que queixam deficiência desde sua formação. É paradoxal como a grande maioria dos CDs, profissionais que executam cirurgias diárias, como exodontia de dentes inclusos, gengivectomias ou outras, sentem-se intimidados diante da necessidade de remoção de até mesmo pequenas lesões de mucosa.

REFERÊNCIAS

- [1] Melrose RJ, Handlers JP, Kerpel S. The use of biopsy in dental practice: the position of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Gen Dent.* 2007; 55: 457-461.
- [2] Greene FL, Sobin LH. A worldwide approach to the TNM staging system: collaborative efforts of the AJCC and UICC. *J. Surg.Oncol.* 2009; 99: 269 – 272.
- [3] Gomes I; Warnakulasuriya S; Varela-Centelles PI et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis.* 2010; 16(4):333-42.
- [4] Brazão-Silva MT, II AJAV, Cabral LN. Fundamentos do diagnóstico bucal e biópsias. In: Recchioni C. *Prática em Cirurgia Bucomaxilofacial.* Belo Horizonte: Nativa Editora, 2017, p. 315-336.
- [5] Zargar M. A Review of Biopsy in Dentistry: Principles, Techniques and Considerations. *J Dent Mater Tech.* 2014; 3(2): 47-54.
- [6] Peterson LJ, Ellis-III E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.* 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- [7] Ali FM; Prasant MC, Patil A et al. Oral Biopsy in General Dental Practice: A Review. *Int. J. Med. Public health.* 2012; 2(1).
- [8] Diamanti N, Duxbury AJ, Ariyaratnam S, Macfarlane TV. Attitudes to biopsy procedures in general dental practice. *Br Dent J.* 2002; 192 (10): 588-92.
- [9] López-Jornet P, Velandrino NA, Martínez BY, Fernández SM. Attitude towards oral biopsy among general dentists in Murcia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007; 1; 12(2): E116-21.
- [10] Santos JP, Pereira AAC. Avaliação das condutas de CDs da cidade de Três Corações frente às lesões bucais. *Odontologia, Ciência e Saúde – Revista do CROMG.* 2009; 10(1).
- [11] Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FB. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2010; 56 (2): 195-205.
- [12] Ergun S, Ozel S, Koray M et al. Dentists's knowledge and opinions about oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac. Surg.* 2009; 38: 1283.
- [13] Wan A, Savage NW. Biopsy and diagnostic histopathology in dental practice in Brisbane: usage patterns and perceptions of usefulness. *Australian Dental Journal.* 2010; 55: 162-169.
- [14] Murgod V, Angadi PV, Hallikerimath S et al. Attitudes of general dental practitioners towards biopsy procedures. *J Clin Exp Dent.* 2001; 3(5): e418-23.
- [15] Seoane J, Varela-Centelles P, Esparza-Gómez G et al. Simulation for training in oral cancer biopsy: a surgical model and feedback from GDPs. *Med Oral Patol Cir BucalMax.* 2013; 1:18(2); e246-50.
- [16] Balan N, Maheswaran T, Panda A et al. Attitude towards oral biopsy among the dental surgeons of Puducherry. *Journal of Indian Academy of Dental Specialist Researchers.* 2014; 1(2): 59-61.
- [17] Leôncio LL, Batista EPC, Queiroz FS et al. Diagnóstico e encaminhamento de pacientes com doenças bucais no serviço público de saúde de Patos – PB: atuação do CD na referência e contra referência. *Arq Odontol.* 2015; 51(4): 210-2015.
- [18] Bataineh AB, Hammad HM, Darweesh IA. Attitude toward oral biopsy among general dental practitioners: Awareness and practice. *Journal of Orofacial Sciences.* 2015; 7(1).
- [19] Anandani C, Metgud R, Ramesh G, Singh K. Awareness of General Dental Practitioners about Oral Screening and Biopsy Procedures in Udaipur, India. *Oral Health Prev Dent.* 2015; 13(6): 523-30.
- [20] Siegenthaler DW, Jung RE, Holderegger C, Roos M, Hämmerle CHF. Replacement of teeth exhibiting periapical pathology by immediate implants: a prospective, controlled clinical trial. *Clin Oral Impl Res.* 2007; 18:727-37.
- [21] Lindeboom JAH, Kroon FHM. Immediate placement of implants in periapical infected sites: a prospective randomized study in 50 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo.* 2006; 101(6):705-10.
- [22] Brazão-Silva MT, Franco T, Faria PR et al. Survey of reactive hyperplastic lesions of the oral mucosa in Minas

Gerai, Brazil. International Journal of Clinical Dentistry. 2014; 7(4): 305-314.

Tabela 1. Descrição dos principais achados literários sobre a prática de biópsia na Odontologia

Cidade de atuação dos profissionais / ano	Resultados acerca da biópsia na prática odontológica
Inglaterra, Manchester / 2002 ⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Clínicos gerais: 85% não fizeram biópsia nos últimos 2 anos; 33% viram a necessidade de biópsia mais de 1 vez ao ano e 15% a fizeram; 60% reconheciam que devem estar aptos e 39% mencionam nunca ter aprendido as técnicas; a “falta de habilidades práticas” e o “risco de erros de diagnóstico” foram as principais preocupações. • Especialistas: 30% acreditam que o clínico geral possa realizar este procedimento, os demais desencorajam devido à falta de habilidade e risco de atrasos no diagnóstico.
Espanha, Murcia / 2007 ⁹	<ul style="list-style-type: none"> • 52,8% não fazem pessoalmente a biópsia; • Falta de experiência (35%), não encontrou lesões (23.5%), receio em não saber interpretar os resultados (7,4%) foram as justificativas.
Brasil, Três Corações-MG / 2009 ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • 71% dos não fazem biópsia, preferindo encaminhar os pacientes com lesões bucais.
Brasil, Jequié-BA / 2009 ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> • 65,8% não fazem biópsia por não se sentirem capacitados ou seguros, encaminhando para especialistas.
Turquia, Istanbul / 2009 ¹²	<ul style="list-style-type: none"> • 93% nunca fizeram biópsia; • Maior percentil de CDs trabalhando em universidade (43%) e policlínicas (50%) relatando conhecer as técnicas de biópsia em relação aos CDs em consultórios (27%).
Austrália, Brisbane / 2010 ¹³	<ul style="list-style-type: none"> • 61% não fazem biópsia; • Dentre profissionais que a fazem, 23% são clínicos gerais e 74% possuem uma especialização; • Dos clínicos gerais, 58,1% se sentem incompetentes para biópsias, enquanto 89% que possuem especialização sentem-se competentes para determinados casos; 52% de todos observaram necessidade de biópsia no último ano de trabalho.
Índia, Belgaum / 2011 ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> • 85% não fazem biópsia, embora 100% concordem de sua importância no diagnóstico. • 70% dizem ver necessidade de biópsia pelo menos uma vez ao ano; • Dentre as razões de não realizar o procedimento, 24% disseram que o paciente não concorda, e 23% dizem não ter experiência e conhecimento para tal, 15% dizem não ter instrumental e 3% dizem não haver laboratório de patologia próximo.
Espanha, diversas cidades / 2013 ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • 74,7% nunca fizeram biópsia; • 75,4% nunca frequentaram cursos de educação contínua sobre a biópsia.
Índia, Pondichery / 2014 ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> • 59% não fazem biópsia no consultório. • As razões de não fazerem biópsia foi o encaminhamento (58%), a falta de experiência (16%), falta de cooperação do paciente (8%) e outros.
Brasil, Patos-PB / 2015 ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> • 92% dos profissionais não fazem biópsia.
Jordânia, Reino Hachemita / 2015 ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> • 78,6% não fazem biópsia; • 87,3% relataram que não tiveram treinamento na faculdade e 4% não sabiam interpretar os resultados do procedimento. • Não houve diferenças segundo o setor em que os profissionais trabalham (consultório, Universidades, policlínicas).
Índia, Udaipur / 2015 ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> • 80% não fazem biópsia; 100% tem ciência da importância da biópsia no diagnóstico de lesões orais e 60% conhecem as técnicas; 32% não possuem experiência. • 14% dizem que o paciente não concorda em fazer a biópsia no consultório, 33% não possuem instrumentais, 21% não conhecem laboratórios próximos para encaminhar.